

Бідованець Б.Ю., Бідованець Ю.М.

БЦЖ ІМУНОТЕРАПІЯ НЕІНВАЗИВНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Висока ймовірність рецидиву (до 70 %) протягом першого року після проведеного хірургічного лікування неінвазивного раку сечового міхура (PCM) зумовлена переважно дифузним характером неопластичних змін уротелію, вогнищами сарсінома in situ (CIS) та субопераційною імплантацією пухлинних клітин (Фигурин К.М., 1999; H.Rübben, 1994). Окрім того згідно концепції канцерогенезу (Murphy W., 1996), PCM є захворюванням всієї слизової оболонки міхура. Цим пояснюється необхідність проведення ад'ювантної терапії.

Сечовий міхур здатний проявляти імунну контрреакцію уповільненого типу на антигенний подразник. Поверхневий PCM є ідеальною моделлю для неспецифічної БЦЖ імунотерапії, яка на сьогодні є "золотим стандартом" при залишковій пухлині після ендоскопічної резекції, для попередження рецидиву пухлини, а також CIS. (Виняток – PCM на стадії pTa, G₁, солітарний до 3 см, при якому ризик прогресування 4-6 %, чи рецидиву до 10 % розцінюється як низький). Показник ремісії при лікуванні резидуальних пухлин становить від 42 до 83 %, а частота рецидивів після трансуретральної резекції (ТУР) зменшується на 20-32 % (R. Ackermann und and., 1990; Debruyne, 1994).

Визначаючи умови внутрішньоміхурової BCG-терапії, необхідно пам'ятати, що препарат містить живі мікобактерії. Тому починати інстиляції слід після повного загоєння рани міхура – не раніше 3 тижнів після ТУР та усунення запальних змін сечовивідних шляхів. Перед першим введенням вакцини проводять пробу Манту, при позитивній реакції додаткове обстеження з метою виключення активного процесу. Контрольна цистоскопія можлива через 2-3 тижні після останнього введення препарату.

В клініці онкології Тернопільської державної медичної академії ім.І.Я.Горбачевського застосовано препарат **ОпсоTICE®** у 8 і **уроБЦЖ** у 4 хворих PCM. Процедуру проводили 1 раз на 7 днів протягом 6 тижнів амбулаторно. Препарат вводили на 2-3 години у порожній міхур. За 4 години до та за 2 год. після інстиляції хворим радили не вживати рідини, щоб уникнути передчасного сечовиділення, а також змінювати положення тіла. Почастішання та болючість сечопуску спостерігалися у всіх пацієнтів, переважно після 2-го введення препарату. Трьом хворим із субфебрильною гарячкою, нетривалою гематурією, болями у суглобах, посиленням потовиділенням призначено парацетамол 1,0 г, метиндол 0,1 г та ізоніазид по 0,3 г на добу і відтерміновано наступну процедуру. В одному випадку хворого спостерігали синдром Рейтера.

Контрольні цистоскопії з прицільною біопсією слизової показали відсутність рецидиву у 7 пацієнтів у терміни від 2 місяців до 8 років диспансерного нагляду. Одного хворого у зв'язку з прогресуванням пухлини прооперовано (цистектомія із уретерокутанеостомією). У жодному з 12 випадків не виявлено ознак туберкульозного ураження сечового міхура. Повний основний курс внутрішньоміхурової імунотерапії **ОпсоTICE®** завершили 7 і **уроБЦЖ** – 3 хворих.

Таким чином, внутрішньоміхурова БЦЖ імунотерапія неінвазивного PCM є високоефективним ад'ювантним методом, а правильне визначення показань, дотримання вимог до застосування, технічно щадне виконання дозволяють запобігти можливим ускладненням та побічним проявам.

Дрижак В.І., Назарко Г.І., Туманова О.Р., Костишин Р.Д., Угляр Ю.В., Подолян М.В.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний диспансер

ВСТУП Проблема профілактики тромбоемболічних ускладнень у післяопераційному періоді онкологічних хворих надзвичайно актуальна і далека від свого вирішення. Тому в до- і післяопераційному періодах всі лікувальні заходи повинні бути направлені на: 1) відновлення і стабілізацію функції кровообігу, поліпшення мікроциркуляції; 2) підтримку функції основних систем органів; 3) боротьбу з інтоксикацією; 4) боротьбу з інфекцією; 5) профілактику тромбоутворень.

МАТЕРІАЛИ Протягом 2001-03 рр. було прооперовано 112 хворих на рак шлунка. Із них 31 хворому проведено гастректомію, 64 – резекцію шлунка, 12 – гастроентеростомію.

Найчастішими причинами в структурі післяопераційної летальності за 2001-2003 рр. були:

	2001	2002	2003
Тромбоемболія легеневої артерії	1,0 %	4,1 %	2,2 %
Перитоніт	3,8 %	2,0 %	1,8 %
Гостра серцева судинна недостатність	2,7 %	3,5 %	2,0 %
Поліорганна недостатність	2,2 %	1,1 %	1,4 %
Набряк легень	–	0,5 %	1,4 %
Набряк мозку	–	0,5 %	0,7 %

Як видно з даних таблиці, однією з основних причин операційної летальності хворих є тромбоемболія легеневої артерії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В клініці онкології ТДМА розроблений комплекс заходів, спрямованих на профілактику венозних тромбоемболічних ускладнень в післяопераційному періоді. В обов'язковому порядку проводяться наступні заходи: 1) адекватна гемодилуція; 2) інтенсивна медикаментозна терапія препаратами, що впливають на реологічні властивості крові (аспірин, курантил, трентал, реололіглюкін); 3) проведення інтенсивної детоксикаційної терапії (АУФОК, лазеротерапії, використання гіпохлориту натрію та форсованого діурезу); 4) застосування серцестимулюючих середників та лікування серцево-судинної патології; 5) профілактика та лікування післяопераційного парезу кишечника (ретельна підготовка шлунково-кишкового тракту, застосування пролонгованої епідуральної анестезії, призначення стимулюючих медикаментів: прозерин, бензогексоній); 6) проведення гепаринотерапії за наступною схемою: введення гепарину в дозі 5 тис Од підшкірно в ділянку крила здухвинної кістки за 2 год до операції; в ургентних випадках – за 40 хв, а в післяопераційному періоді – кожні 8 год в тій же дозі протягом 5-10 діб, або перехід на непрямі антикоагулянти після 3 діб з моменту операції. Все ширше застосовується фраксипарин в якості профілактики тромбоемболічних ускладнень і зручності у використанні: підшкірно по 0,3 мл 1 раз на добу, протягом 7 діб.